

Nom de l'étude :

Je m'oppose pour moi-même

Nom de naissance : Nom usuel :

Prénom :

Date de naissance : Sexe : féminin masculin

Adresse:

.....

Numéro de téléphone :

Mail :

Commentaire :

.....

OU

Je m'oppose au nom d'un tiers (enfant mineur, ayant droit)

Demandeur :

• Nom de naissance : Nom usuel :

• Prénom :

• Adresse:

.....

• Numéro de téléphone :

• Mail :

Personne concernée par l'étude si différente du demandeur:

• Lien avec le demandeur :

• Nom de naissance : Nom usuel :

• Prénom :

• Date de naissance : Sexe : féminin masculin

Commentaire :

.....

Date et signature du demandeur :

À retourner complété par courrier ou mail :

Département de Recherche Clinique - Hôpital Saint Joseph Marseille
26 bd de Louvain - 13285 Marseille cedex 08 – dpo@hopital-saint-joseph.fr